

XIV Riunione Scientifica SIEP
18-19 maggio 2017, Bologna

DALLE PAROLE AI FATTI
Indicatori e programmi per i servizi di salute mentale

Sessione Aree Tematiche Siep Area : Trattamenti non coercitivi e diritti degli utenti

Giovanni Rossi
psichiatra, Club Spdc No Restraint

Trattamenti non coercitivi e diritti degli utenti

Le psichiatrie tra libertà e coercizione

Passare dalle parole ai fatti, come recita il titolo di questa quattordicesima riunione scientifica Siep, costituisce una asserzione impegnativa.

Troppo spesso, allontanandoci dagli obiettivi e dalla pratica dei fondatori, siamo piuttosto parsi una organizzazione ragionieristica, dedita come avrebbe detto Giulio Antonio Maccacaro, alla *conta dei morti e dei feriti*.

Tra un anno celebreremo i 40 anni della legge 180. E', dunque, per certi versi deludente dover dar vita ad una area tematica dedicata ai trattamenti non coercitivi ed ai diritti degli utenti.

In questi 39 anni, infatti, l'approccio alla salute mentale avrebbe dovuto essere del tutto permeato dal criterio della non coecitività o *no restraint* come lo chiamiamo riferendoci al lavoro pionieristico di Connolly.¹

L'interpretazione che quest'ultimo mise in pratica del *traitement moral* introdotto da Pinel, fu ben diversa dall'esito che ebbe in Francia a partire dalla grandeur alienistica di Esquirol.²

Come sappiamo da quelle due differenti interpretazioni sono scaturiti paradigmi psichiatrici opposti. Da un lato l'alienismo e tutte le psichiatrie autoreferenziali dall'altro gli approcci critici e relazionali della deistituzionalizzazione e della partecipazione.

Dopo la legge 180 la questione dei trattamenti non coercitivi dovrebbe essere una questione del tutto chiusa.

Nel paradigma del no restraint dovrebbe inquadrarsi l'operatività della salute mentale di comunità. Come oggi definiamo il modello operativo e la rete dei servizi che deriva dalla applicazione di quella legge..

Così dovrebbe essere. Ma non è

La questione dei trattamenti non coercitivi è questione del tutto aperta ed avrebbe tranquillamente potuto essere ospitata nella sessione successiva : "Le questioni aperte in salute mentale.

Sessione nella quale si discute la questione gemella della chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari. "Mai più OPG" e no restraint rappresentano due facce della medesima medaglia : rendere universale il paradigma non coercitivo.

Ne parlerà Franco Corleone. Il suo impegno di Commissario nazionale per l'applicazione della legge 81 va annoverato tra i primi fattori che ci portano ad un passo dal raggiungimento dell'obiettivo.

La questione della libertà e della coercizione in psichiatria è questione del tutto aperta perchè, secondo Angelo Fioritti appartiene al genere delle storie infinite.

Scrive Fioritti “ re Giorgio III d'Inghilterra “nei primi anni del suo regno agevolò con una serie di decreti una riforma dell'assistenza alle categorie marginali ispirata alle moderne tendenze illuministiche, incoraggiando apertamente la medicalizzazione dell'assistenza ai lunatics, come all'epoca venivano chiamati i malati di mente, ed alle persone colpite da insanity, vale a dire i folli pericolosi. Alcuni acts promulgati da Giorgio III tra l'altro definivano le condizioni nelle quali si poteva procedere alle cure ed all'internamento contro la volontà della persona, infrangendo l'habeas corpus, uno dei concetti giuridici di inviolabilità della libertà fisica e psichica individuale alla base del diritto e della società inglese. Giorgio III non poteva immaginare che queste misure, in qualche modo garantiste, sarebbero state utilizzate proprio per sottoporlo a cure obbligatorie in due occasioni in cui mostrò gravi disturbi mentali, la cui diagnosi è tuttora oggetto di dotte discussioni.

“La scena dell'irruzione dei sanitari nell'appartamento del re delirante, ove da settimane si era autorinchiuso, e la descrizione di come, in base alla legge, essi disposero del suo corpo per le operazioni di cura ed igiene personale sono per Foucault (1972) il vero inizio della storia della psichiatria moderna e del potere medico sui corpi dei malati di mente che porterà allo sviluppo ottocentesco delle istituzioni manicomiali. Se anche il corpo del re può essere messo a disposizione delle autorità mediche, contro la volontà stessa del sovrano, ciò vuol dire che il potere medico è superiore anche a quello regale. E' la scena della scienza che controlla.”³

L'illuminismo postula che possa esistere una scienza in grado di discernere la persona del folle rispetto a quella del delinquente.

Lo psichiatra diviene il depositario di questo postulato. Il potere psichiatrico si fonda sulla delega a distinguere folle/non folle, liberando quest'ultimo, e non il primo, dall'obbligo di assoggettarsi al trattamento.

Lo psichiatra consapevole dovrebbe esercitare in primo luogo il controllo su questo specifico potere. Comportandosi come il karateca che deve evitare l'uso delle mani, al di fuori del tatami.

Come sappiamo il medico dovrebbe informare la sua pratica al principio di precauzione : primum non nocere.

Mettere tra parentesi la malattia, cioè il potere di diagnosi, servì agli psichiatri per riappropriarsi di una capacità terapeutica che nei manicomii era andata perduta.

Riconoscere che la libertà è terapeutica consentì di proporsi nell'incontro con la persona del malato in una dimensione del tutto nuova così come del tutto diversa era nel frattempo venuta configurandosi la sovranità.

Con l'avvento della costituzione repubblicana essa infatti appartiene al popolo, che la esercita nei limiti definiti dalla legge. La fonte del potere non risiede più in una singola persona, come fu nel caso di Giorgio III. Anche se lo volesse lo psichiatra non sarebbe in grado di sottoporre a tso il corpo del sovrano, che non appartiene più ad un singolo ma a tutto il “corpo elettorale”.

Quello che voglio sottolineare è il fatto che la consapevolezza dello psichiatra dipende in buona misura da fattori di contesto, dalla qualità della democrazia piuttosto che dalle prove di laboratorio. Se è vero, dunque, che la coppia libertà/coercizione è indissolubilmente connessa al potere psichiatrico, è altrettanto vero che le sue forme di esercizio sono storicamente e socialmente determinate.

Del resto si può dire che non esista quasi forma di relazione sociale nella quale sia riscontrabile una certa asimmetria. Come sappiamo ogni gesto, come quello di prendere sottobraccio una persona, può avere in grado variabile un contenuto coercitivo, e non solo di sostegno.

Quando un agente fa accomodare l'arrestato sul sedile posteriore dell'auto di servizio gli pone una mano sul capo. Con questo gesto routinario il rappresentante dello Stato assume il controllo del corpo dell'arrestato. Nell'immediato evitando che possa farsi male colpendo con la testa la carrozzeria dell'auto.

Anche in questa circostanza è in azione il potere di assoggettamento.

Quando nel 1978 venne promulgata la legge 180 si identificò tale potere coercitivo, nel caso di un trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale nella figura del Sindaco, che infatti sarebbe

stato riconosciuto di lì a poco nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale come la massima autorità sanitaria locale. In quanto tale veniva individuato come il più idoneo a tenere in equilibrio il diritto del singolo di esercitare il proprio diritto di libertà nei campi attinenti con la propria salute in base all'articolo 32 della Costituzione ed il diritto collettivo alla tutela della salute pubblica.

Non solo ma la funzione della magistratura che veniva attivata in funzione di controllo era quella del giudice tutelare, la più favorevole alla persona sottoposta a TSO.

E poi quando andava eseguito il TSO veniva affidato ai vigili comunali. In quegli anni la figura emergente era quella del vigile di quartiere. Credo che molti di noi abbiano potuto collaborare con vigili che effettivamente operavano in quella dimensione di prossimità, quasi come operatori sociali.

Proprio la militarizzazione della polizia locale ci dice di quanto i tempi siano differenti, ma anche del valore di una legge come la 180/833 che ancora sta lì a farci da riferimento.

Il campo aperto della salute mentale

Il socratico sapere di non sapere trova una applicazione nel mito fondativo della medicina greca. Come sappiamo Chirone, centauro immortale, ferito di una ferita che non avrebbe mai potuto rimarginarsi, rinunciò all'immortalità in cambio della fine delle sofferenze. L'esperienza della sofferenza e della mortalità arricchirono a tal punto la sua saggezza, la competenza nell'arte medica e la capacità di riconoscersi nella sofferenza della persona presa in cura da poterla insegnare ad Esculapio.

Venne definendosi il modello della relazione medico-paziente basato su criteri di vicinanza (Chirone diviene mortale) ed identificazione (Chirone portatore di una ferita che non guarisce) con la persona.

Tale modello è arrivato sino a noi e tuttora ispira i medici.

Tuttavia al giorno d'oggi spesso viene esercitato con forme di paternalismo che non sono più adeguate ai tempi che viviamo.

Nelle società democratiche la relazione medico-paziente non trova più il suo fondamento nella regola professionale ma nel soggetto titolare di diritti. Non mi riferisco ai diritti del professionista ma ai diritti universali dell'uomo. Tali diritti trovano il loro riconoscimento nella legge fondamentale italiana, la Costituzione della Repubblica e divengono in conseguenza di ciò esigibili da parte di ogni cittadino italiano. Tra di essi di particolare interesse per noi sono : il diritto alla dignità sociale (art 3), il diritto alla libertà ed alla inviolabilità della persona (art 13), il diritto alla salute (art 32).

In merito a quest'ultimo la Costituzione afferma : “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

Nella società democratica il potere psichiatrico è destinato a confliggere con tali diritti, a meno che non sappia a sua volta democratizzarsi, assumendo il criterio della deistituzionalizzazione come intrinseco alla pratica della relazione di presa in cura. In ciò chi lo vorrà potrà vedere una analogia con la necessità che lo psicanalista di analizzare il proprio controtransfert.

Nel 1979 Franco Basaglia partecipò a Mantova ad un convegno significativamente intitolato “le nuove istituzioni della psichiatria, dalla 180 alla 833”.

La riforma a suo avviso necessitava di tecnici che fossero coscienti della loro funzione di servizio verso “il popolo”. Per questo la formazione universitaria doveva essere orientata in questa direzione e non a riprodurre la “turris eburnea”.

“Vorrei terminare - disse Franco Basaglia - ricordando una fiaba, quella di Biancaneve e dello specchio : è quello che succede o succedeva allo psichiatra ogni mattina quando entrava in manicomio e si specchiava, chiedendosi chi era il più bravo psichiatra del reame, e lo specchio rispondeva sempre : tu, tu, tu. Poi è successo che lo specchio si è rotto e su di esso sono apparse

delle faccie nuove, indifferenziate, miserabili; quindi la situazione si è sporcata e lo psichiatra non sapeva più cosa fare. Noi ci troviamo in questa situazione : lo psichiatra non ha più identità ed è nella anomia totale, io direi che è ora di buttar via lo specchio e di fare cosa fare”⁴

Un saper cosa fare che non poteva più essere autoreferenziale ma doveva sapere riconoscere le esperienze con cui si confrontava.

E oggi? Il ruolo della Siep

La formazione universitaria del medico è quella che è. L'autoreferenzialità professionale è diffusa, anche tra di noi, nella forma del “narcisismo dei dati”.

E' un peccato perchè la necessità di fare ricerca dentro alla riforma fu chiara sin dall'inizio.

Come, forse, qualcuno ricorderà, il Consiglio Nazionale delle Ricerche, grazie al lavoro di Raffaello Misiti, fu il primo a proporsi di documentare con un programma di ricerca l'implementazione e gli esiti della legge 180.

Misiti intervenne nel convegno di Mantova del 1979 fornendo i primi dati preliminari. Poco più del 50% delle strutture psichiatriche erano pubbliche. Ma soprattutto : “ I servizi territoriali esistenti in Italia : qui è doloroso esplicitare anzitutto che tra provincia e provincia esiste una grossa disomogeneità, direi semantica addirittura, sul concetto di e anche sulla pratica di servizio territoriale. Per lo più ed in modo abbastanza ambiguo sembra esserci una concezione prevalentemente ambulatoriale del servizio; ad esempio, noi abbiamo preso fra diversi indici quello dell'orario di apertura del servizio : esso è intorno alle 6 ore di un tradizionale ufficio pubblico (38% a livello nazionale con punte dell'80% al sud). Mentre una promettente, almeno noi giudichiamo, indicazione per un servizio più aderente ai bisogni dell'utenza (cioè 24 ore su 24 di apertura) è suggerita da certe percentuali fornite dalle regioni del nord e del centro, nelle quali anche se in modo molto ridotto si articola il servizio anche nelle ore notturne. A questo proposito segnalazioni pervenute sulla possibilità di pernottamento presso i centri (disponibilità accertata in sei province del nord) indicano le possibili vie di sviluppo di linee già di fatto attuate”.⁵

Quando il 3 aprile 1989 si riunirono per fondare la Siep, tra i 9 fondatori (Eugenio Torre, Michele Tansella, Benedetto Saraceno, Gianluigi Maria Tacchini, Paolo Crepet, Domenico De Salvia, Dargut Kemali, Mario Maj e Pier Luigi Morosini) quasi tutti avevano alle spalle la collaborazione con il CNR per la ricerca PMM (Prevenzione Malattie Mentali). Per esempio al volume 2 “La riforma psichiatrica, prima fase di attuazione” parteciparono le unità di ricerca di Trieste (Basaglia, Rotelli), Perugia (Manuali), Roma (Ammanniti) e del CNR (Misiti, Castelfranchi)⁶.

La ricerca epidemiologica, in una dimensione di sanità pubblica, si proponeva come risorsa per la valutazione e programmazione dei servizi.⁷

Per esempio l'attivazione dei registri dei casi psichiatrici si poneva l'obiettivo di connettere la variazione dei bisogni di salute mentale ai servizi per poterli modulare e riprogettare.^{8 9}

In analogia con la contemporanea esperienza dei distretti economici, si identificava con la catchment area¹⁰ lo spazio entro cui dare sostanza ai principi di universalità di accesso alle cure, adattandoli alle necessità di quello specifico territorio. Il confronto tra contesti veniva considerato per descriverne le differenze piuttosto che per verificarne il grado di adesione allo Standard.

In sostanza ci si poneva l'obiettivo di essere più specifici di quanto non fosse quella generica indicazione ad aprire servizi 24 ore al giorno contenuta nel primo rapporto di Raffaello Misiti.

Purtroppo, però, alle migliori parole non sono corrisposti migliori fatti.

L'Appello per la Salute Mentale promosso dalla Siep coglie bene tale situazione. ¹¹

Se da un lato i tagli riducono quantitativamente le risorse in campo, dall'altro la dispersione dei servizi nelle aree vaste snatura i principi di prossimità e territorialità su cui si basa la salute mentale di comunità.

Oggi lo standard minimo, indicato da Misiti nel 1979, dell'apertura per 6 ore non è garantito da molti dei centri territoriali in cui si dovrebbe fare salute mentale.

Si assiste ad un ripiegamento negli ospedali e nelle strutture per “cronici” che se si giustifica per il depauperamento cui sono andati incontro i servizi, si alimenta altresì attraverso modelli neo-custodialistici, che si servono della cosiddetta posizione di garanzia per autoalimentarsi.

Come sempre accade il cambiamento – in questo caso nella forma della gramsciana rivoluzione passiva - è frutto della sincronizzazione tra il modificarsi della struttura e della cultura ¹².

Ad una psichiatria autorevole nello svolgere la sua funzione terapeutica si sostituisce una psichiatria difensiva che si rifugia autoritariamente in un nuovo mandato custodialistico.

Una psichiatria autorevole è quella che declina la coercizione nelle forme della *moral suasion*, della proattività, dell'ingaggio e del riconoscimento comunque di una contrattualità nella persona coercita, che per questo richiede un di più di attenzione, progetto e rispetto ed un impegno intenso a ristabilire quanto prima una qualche forma di consenso e condivisione.

Ma una psichiatria per essere autorevole deve anche essere consapevole della sua potenziale efficacia per la salute della persona che viene presa in cura. A questo scopo deve sapersi avvalere del metodo della ebm. Che non è una risorsa per difenderci dalle denunce dei pazienti ma una risorsa per migliorare l'efficacia dei nostri interventi.

L'ebm non è un dogma ma un data base di cui sapere nel progettare la personalizzazione della presa in cura. Come dimostrano in *tempo reale* le schermate dei nostri pc, tablet e smartphone i dati che ci riguardano e che rendiamo disponibili servono a personalizzare la comunicazione pubblicitaria che ci viene proposta. Un approccio che li utilizzasse per standardizzare attorno ad una media risulterebbe obsoleto. Oggi quello che interessa gli analisti è estendere la qualità del messaggio a tutti gli *oggetti* rappresentati da una curva di distribuzione, specie se dispersi ai suoi margini.

La nuova legge che riconosce il diritto del paziente alla sicurezza delle cure stabilisce che la pratica dei professionisti si conformi alle linee guida. La prima linea guida che a mio avviso dovremo rendere disponibile nel campo della salute mentale è proprio quella che concerne la predisposizione dei programmi personalizzati nella presa in cura da parte dei dipartimenti di salute mentale.

Sulla possibilità di adottare un approccio non coercitivo nel campo della salute mentale e delle disabilità si pronuncia l'Organizzazione delle Nazioni Unite.

Il 31 gennaio 2017 è stato pubblicato il rapporto “Mental health and human rights” a cura dell'Alto Commissario ONU per i diritti umani. Agli Stati viene proposto uno “human rights-based approach” per cui le persone con problemi di salute mentale non devono essere discriminate né subire limitazioni della libertà in conseguenza del loro status. ¹³

Tali indicazioni sono state trasferite in un programma operativo della Organizzazione Mondiale della Sanità. La Who QualityRights Initiative è un programma che si propone lo sviluppo combinato di servizi per la salute mentale orientati ai diritti delle persone ed alla qualità della cure. ¹⁴

Viene proposto un pacchetto formativo che si articola in differenti moduli e su due livelli. Uno base (core) ed uno avanzato. Tra i “core” troviamo il modulo “Creating mental health and related services free from coercion, violence and abuse”. Si tratta di una versione pilota scritta a molte mani con il coordinamento di Michelle Funk e Natalie Drew Bold che è auspicabile venga reso disponibile anche nella versione italiana. ¹⁵

Tra le forme di coercizione, violenza ed abuso sono ovviamente comprese contenzione spaziale (seclusion) e quella meccanica (restraint).

Di queste, soprattutto della contenzione meccanica mi occuperò nella seconda parte di questa relazione. Esse, infatti, pur non potendosi sovrapporre a tutte le forme di coercizione ne rappresentano indubbiamente la componente più evidente.

La contenzione meccanica non è una moral suasion

L'Appello Siep per la Salute Mentale segnala una situazione non nuova.

Cita a sostegno la relazione del 2013 che la Commissione d'Indagine Parlamentare sul Servizio Sanitario Nazionale presentò al Parlamento.

In quella relazione così veniva descritto lo stato dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri (SPDC) : *“..rimangono per la maggior parte luoghi chiusi e con ancora largamente diffuse pratiche di contenzione (talora attuate illegittimamente come fossero “terapie”) frequentemente privi di interventi riabilitativi e sociali, che possano fungere da collegamento con i servizi territoriali come prevenzione della cronicità : molta della cura è affidata alla psicofarmacologia e la qualità della vita dei ricoverati è spesso limitata ai soli bisogni primari (per esempio, frequentemente è fatto divieto in nome della “sicurezza” del paziente, di quegli effetti personali usati comunemente nella vita quotidiana). I reparti risultano quasi tutti “luoghi chiusi”, non solo per i ricoverati, ma anche, dall'esterno all'interno, per le Associazioni di familiari ed utenti, per il volontariato formalizzato ed informale, a scapito di un “sapere esperienziale” che viene perduto e a scapito di una trasparenza dell'operato sanitario, di cui godono invece tutti quei luoghi sanitari che sono aperti e liberamente frequentati”*.¹⁶

La questione delle contenzioni meccaniche e della chiusura degli spazi negli SPDC assume, nella relazione della Commissione d'Inchiesta, la funzione di indicatore proxy di restraint. Risulta, infatti, del tutto evidente che il ricorso alla contenzione meccanica non si iscrive in un incidente di percorso, in una casualità estrema, ma assume una dimensione sistematica. Appartiene ad un modello organizzativo e culturale basato sulla coppia ambulatorio/ospedale.

A sua volta la Commissione d'Inchiesta non scoprì una situazione nuova, infatti se andiamo ancora più indietro nel tempo troviamo che la questione degli SPDC, ed in particolare delle contenzioni meccaniche, venne affrontata nel 2010 dalla Qualche anno prima l' “European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment” (CPT) si era occupato dei reparti psichiatrici in Italia. Nel documento del 16 ottobre 2006 “General Report on the CPT’s activities” una parte è dedicata alle “Misure di contenzione negli Istituti Psichiatrici per adulti”. Il documento segnala la contenzione fisica come un intervento antiterapeutico, che danneggia il paziente anche quando non ne mette a rischio la integrità fisica, e danneggia la credibilità della psichiatria come scienza terapeutica. Secondo il documento opportuni interventi formativi e strategie di prevenzione dei comportamenti violenti dovrebbero evitare il ricorso alla contenzione meccanica..

Il documento del CPT, venne sottoposto al Gruppo Interregionale della Salute Mentale da parte del Ministero della Salute, portò alla stesura di un documento. che si conclude con 7 raccomandazioni.

”L'esigenza di queste raccomandazioni nasce dalla convinzione che la prevenzione della contenzione fisica nei contesti di cura psichiatrica sia una questione generalmente sottovalutata: stiamo parlando di una pratica diffusa, non omogeneamente applicata nelle diverse regioni ma, soprattutto, con differenze notevoli tra un servizio e l'altro che non trovano giustificazioni di ordine epidemiologico.... Giacché è nel silenzio che si sta realizzando un uso poco critico di questa pratica, è utile parlarne in un documento condiviso dedicato non alle indicazioni tecniche per una contenzione ben fatta ma impegnato a creare una strategia della sua prevenzione. ”

Gli estensori del documento esprimono la consapevolezza che rispondere alla violenza con la violenza non paga, che la prevenzione dei comportamenti violenti è una condizione per rendere efficace la cura e che “la contenzione è un atto anti terapeutico, rende cioè più difficile la cura piuttosto che facilitarla”.¹⁷

Raccomandazione 1 Monitorare a livello regionale il fenomeno delle contenzioni attraverso la raccolta sistematica di informazioni di qualità tale da consentire di predisporre azioni migliorative.

Raccomandazione 2 Monitorare a livello regionale i comportamenti violenti nei luoghi di cura per acuti (concordando gli strumenti di valutazione da adottare e le modalità di elaborazione dei dati a livello dei servizi di salute mentale coinvolti).

Raccomandazione 3 *Promuovere la formazione di tutti i soggetti coinvolti, sanitari e non, per favorire pratiche appropriate di gestione delle situazioni a rischio che siano in grado di arrestare i fenomeni di escalation.*

Raccomandazione 4 *Definire e garantire standard di struttura e di processo per la salute mentale che siano in grado di contrastare la comparsa di comportamenti violenti o permettano di affrontarli e superarli nel modo più efficace possibile.*

Raccomandazione 5 *Valutare l'impatto delle iniziative di informazione, di formazione e di appropriatezza organizzativa sul miglioramento della qualità dell'assistenza e della cura psichiatrica; in particolare in termini di riduzione dei comportamenti violenti e degli episodi di contenzione fisica.*

Raccomandazione 6 *Promuovere nei Servizi pratiche sistematiche di verifica e miglioramento della qualità relativamente alla gestione delle situazioni di crisi e, in particolare, al ricorso alla contenzione fisica che, in una assistenza psichiatrica orientata alle buone pratiche, assume il significato di evento sentinella.*

Raccomandazione 7 *Favorire la trasparenza delle strutture di cura, in cui si trattano i casi acuti, con il coinvolgimento di associazioni di utenti, di familiari, e degli uffici deputati alla difesa dei diritti dei cittadini, al fine di migliorare l'accessibilità, la vivibilità e l'accoglienza, dare informazioni sulle procedure in atto e sulle garanzie per gli utenti, facilitare la comunicazione con l'esterno.*

Il documento assunse valore per tre ragioni .

1 - Faceva uscire dall'ombra una questione fondamentale, lesiva della dignità della persona.

2 - Affermava con chiarezza la antiterapeuticità delle contenzioni..

3 - Proponeva un percorso per il loro completo superamento, di cui le raccomandazioni forniscono le coordinate.

Tuttavia la mancanza di perentorietà propria dello strumento "Raccomandazioni" portò le diverse Regioni, ad interpretarlo nelle forme più diverse.

Se la Regione Toscana aveva già proibito il ricorso alla contenzione fisica nel PSR 2008-2010, anche se con risultati pratici relativamente modesti, la Regione Lombardia, attraverso un suo gruppo tecnico di approfondimento, egemonizzato dai primari psichiatri, arriverà a mettere in discussione la loro non terapeuticità : *"Contenzione", come tutte le parole della Psichiatria, è termine scivoloso, dai diversi significati. Può certo partecipare dell'ambito del "contenimento", esserne in qualche misura un aspetto. Racamier soleva dire che "non c'è un oggetto buon contenitore che non sia anche un po' un oggetto-ostacolo". In alcuni casi la contenzione-contenimento può contribuire a proteggere, definire i limiti, fronteggiare il dilagare caotico dell'esperienza psicotica, limitare i danni. In altri casi è semplicemente inevitabile, faute de mieux. E' dunque opportuno mitigare le idealizzazioni e le attese di una psichiatria completamente e definitivamente monda di qualsiasi grano di violenza. Chiunque abbia una certa esperienza clinica sa bene che ci sono certi pazienti, in certi casi, che la chiedono, come un sollievo".*

18

La Regione Emilia Romagna scelse di responsabilizzare i direttori generali della A.USL (inserimento dei dati sulle contenzioni nei bilanci di missione annuali), di esercitare un attento monitoraggio e di far leva su procedure di audit tra gli operatori per minimizzare il fenomeno. ¹⁹

In una seconda circolare del gennaio 2015 si dichiara che a seguito del programma attuato il fenomeno della contenzione meccanica si è dimezzato dai 972 episodi del 2011 ai 494 del 2013. Pertanto si ritiene di proseguire nella strada intrapresa, responsabilità dei direttori generali e azioni di monitoraggio, formazione, audit, risk management e governo clinico ponendosi per la prima volta in maniera esplicita "il totale superamento della contenzione fisica negli SPDC" ²⁰

La relazione di Alessio Saponaro da conto dei risultati importanti raggiunti a tuttoggi. Vi invito alla sua lettura che integra questa introduzione.²¹

Anche il Comitato Nazionale di Bioetica si è occupato a più riprese della questione della contenzione meccanica.

Già nel 2000 il suo parere su "Psichiatria e salute mentale" aveva affermato che è necessario "prevenire attraverso strutture ed interventi adeguati il rischio che gli SPDC reiterino la prassi manicomiale con la conseguenza di favorire la cronicizzazione e non il recupero della malattia. Più

in particolare, la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità del paziente”.²²

Nel parere del 2015 “La contenzione – problemi bioetici”²³ torna a ricordarci che “la contenzione meccanica può dirsi il “rimosso” dell'assistenza psichiatrica”.

Per essere chiaro rispetto a cosa stia dietro questo rimosso il CNB usa il termine “legare”.

Il CNB esprime la sua preoccupazione per un fenomeno che risulta esteso “nei confronti dei pazienti psichiatrici nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) degli ospedali così come nelle cliniche private : ma anche su minori ricoverati in strutture per problemi di disabilità mentale o fisica e su anziani degenti in ospedali o in strutture residenziali assistite”.

Il CNB ricorda agli operatori che “l'uso della forza e la contenzione meccanica rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona” e che “ la marcata variabilità nell'uso della contenzione fra servizi che pure insistono su territori con caratteristiche e tipologie di utenza simili, suggerisce che la cultura e la organizzazione dei servizi, più che la tipologia dell'utenza, giochino un ruolo decisivo nell'uso della contenzione”.

Ricorda altresì che alle spalle degli SPDC No Restraint ci sono servizi territoriali ben organizzati, aperti tutto il giorno, spesso anche 24 ore, con forti reti d integrazione e collegamento. Il contrario di quanto si rilevi negli SPDC che contengono.

Come dimostra uno degli studi citati dal CNB, che ha preso in considerazione le strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti, nella maggior parte del territorio italiano esse sono solo ospedaliere (262 SPDC) mentre quelle territoriali (CSM 24 ore) sono solo 16.²⁴

Si determina così una “forza” prevalente e apparente del modello ospedaliero che ne spiega la debolezza nella capacità di far fronte alle situazioni di conflitto, e di violenza (vera o percepita) tanto da ricorrere all'uso delle varie forme di contenzione.

Secondo il CNB ci sono “diversi motivi per non legare”.

Di natura etica, ma anche di sicurezza (il SPDC di Mantova è indicato da Agenas come buona pratica per prevenire le aggressioni verso gli operatori), di prevenzione e di buon governo dei servizi. “E ci sono ragioni terapeutiche, in primis per evitare di compromettere la relazione terapeutica tramite il circolo vizioso che la contenzione fisica innesca : l'agitazione della persona legata si aggrava, richiedendo quindi più alte dosi di farmaci sedativi, col risultato di peggiorare lo stato di confusione del paziente, che a sua volta riduce la comunicazione tra la persona legata e il personale”

Di particolare interesse è uno dei suggerimenti che il CNB da : “usare lo strumento della valutazione per promuovere l'innovazione, introducendo standard di qualità che favoriscano i servizi e le strutture no restraint”

E di introdurre strumenti di verifica immediata delle contenzioni in atto da parte di soggetti terzi. Viene a questo proposito indicato il modello adottato nel 2000 dalla Joint Commission of Healthcare Organizations (JCAHO) che ha deciso di applicare la “regola dell'ora”, in base alla quale la struttura che voglia accreditarsi deve provvedere a che i pazienti sottoposti a contenzione o a seclusion siano visitati entro un'ora da un medico indipendente per una valutazione dell'opportunità della misura adottata.²⁵

Come abbiamo visto il Cnb tra le differenti ragioni per non contenere indica in primis quelle terapeutiche.

Sulle stesse ragioni si sofferma Angelo Fioritti nella relazione citata :

“Innanzitutto è una pratica degradante per chi la subisce, ma anche per chi la fa (Wynn et al., 2011). La maggior parte degli studi clinici che hanno indagato la soggettività di chi subisce un trattamento sanitario obbligatorio (Priebe et al., 2009; O'Donoughe et al. 2010; O'Donoughe et al., 2011; Katsakou et al., 2012; Smith et al., 2014) rileva che a distanza di tempo almeno la metà delle persone esprime un giudizio positivo del trattamento ricevuto e riconosce di averne tratto un giovamento. Percentuali tra il 10 ed il 20%

ritengono di averne subito un danno, mentre circa un terzo la considera una esperienza con luci ed ombre. Ma tutti gli studi sulla soggettività di chi ha subito una contenzione documentano un parere unanimemente negativo, una esperienza degradante e traumatica. La contenzione fisica è una pratica rischiosa, per la salute fisica e mentale (Husum et al., 2010; Steinert et al., 2010). I rischi fisici vanno dalle conseguenze osteomuscolari, al rischio di subire violenza fisica e sessuale senza potersi difendere, alle complicanze tromboemboliche legate all'allettamento, fino alla morte per questi ed altri motivi, purtroppo occasionale, ma non rara. La morte per contenzione ha più o meno la stessa incidenza di quella per incidenti trasfusionali, che è considerata un evento sentinella nazionale ed ha un sistema di monitoraggio ministeriale imponente e giustamente dispendioso. Ma è anche una pratica rischiosa per la salute mentale delle persone. Sono ben noti i disturbi post-traumatici da stress nelle persone sottoposte a contenzione fisica, e meno studiati, ma probabilmente altrettanto significativi, nelle persone che la fanno o che vi assistono. La contenzione molto spesso compromette la relazione futura della persona con i servizi ed il sistema sanitario in generale, costituendo un fattore di allontanamento dal trattamento, risultando quindi un fattore di rischio di deterioramento delle condizioni della persona (Jaeger et al., 2013; Myklebust et al., 2012; Priebe et al., 2011). Tenuto conto di come i comportamenti umani tendano ad avere una loro ripetitività, non è esagerato dire che la contenzione genera contenzione. Soprattutto in soggetti con disabilità intellettiva sono ben noti i loop di contenzioni ripetute, spesso al di là delle intenzioni e delle volontà degli operatori, che producono tra l'altro effetti devastanti sulla motivazione e sulla psicologia del personale. La contenzione infine aumenta la incidentalità nei reparti psichiatrici. La pratica della contenzione aumenta il livello generale di tensione e di violenza nei reparti, alza l'asticella delle relazioni umane, la trasferisce dalla dimensione dialettica a quella fisica e lo fa riducendo alla impotenza la persona, con tutto quello che in termini di risentimento, rabbia, frustrazione e rancore comporta. Inoltre è osservata e registrata da altri pazienti e visitatori che ne serbano una traccia indelebile.”

Le proposte del Club SPDC No Restraint

La Commissione d'Indagine del Senato e il Comitato Nazionale di Bioetica segnalano l'anomalia rappresentata da SPDC che pur insistendo su territori simili per tipologia d'utenza non ricorrono alla contenzione meccanica. Sono gli SPDC No restraint, che pur in minoranza, sono presenti su tutto il territorio nazionale da Est (Friuli) a Ovest (Piemonte) e da Nord (Trentino Alto Adige) a Sud (Sicilia).

La maggior parte di questi servizi è ora rappresentata dal Club degli SPDC No Restraint.

“Fare massa critica, e con ciò dare evidenza alla realtà pratica di un metodo di cui più di uno tra gli psichiatri, e non solo, tendeva a negare l'esistenza.

Ci dicevano :“Chissà come selezionate i ricoverati! Chissà quanti farmaci somministrate! I vostri pazienti sono meno gravi dei nostri!”.

Mettere assieme le esperienze, verificare le casistiche, identificare criteri di qualità, stabilire percorsi formativi, dare voce alle persone che avevano subito il restraint. Erano tante le ragioni che suggerivano di fare rete. Ma su di tutte una : dimostrare che introdurre il no restraint in qualsiasi SPDC è possibile, a patto che si facciano determinate azioni.”²⁶

Ogni anno tengono una riunione nella quale si aggiorna la situazione delle pratiche no restraint e degli SPDC che la praticano.

Per scelta le riunioni si svolgono in città che abbiano un SPDC No restraint.

Il prossimo ottobre 2017 la riunione si svolgerà a Carpi.

In base ai tempi ed ai modi in cui si sono costituiti possiamo distinguere gli SPDC no restraint in tre gruppi.

1. Gruppo di quelli nati nell'immediato post 180. Trieste, per esempio. In questo territorio la struttura di riferimento è, come noto, il Centro salute mentale 24 ore, dotato di posti letto. Lo spazio ospedaliero viene utilizzato per brevi periodi o nelle ore notturne. Questi SPDC sono nati senza soluzione di continuità dalla chiusura del manicomio e dalla applicazione corretta della indicazione contenuta nella legge 180 di dar vita a servizi extraospedalieri “forti”.

2. Gruppo di quelli che sono arrivati alla pratica del no restraint in un secondo tempo. Si tratta di servizi che, pur orientati al no restraint dal lavoro di superamento del manicomio, non sono riusciti nella pratica ad evitare il ricorso a strumenti di contenzione nella gestione dell'SPDC. Tra gli esempi possibili citiamo il caso di Mantova. Aperto con estrema rapidità il 3 giugno 1978, e caratterizzato sin da subito dal regime delle “porte aperte”, in quel servizio, contrariamente a quanto erano riusciti a fare nell'ospedale psichiatrico, gli operatori facevano uso delle contenzioni meccaniche. Per arrivare a mettere in atto le intenzioni ci vollero 12 anni. Dal 1990 l'SPDC di Mantova mette in pratica il no restraint.^{27 28 29 30}
3. Gruppo di quelli che sono arrivati alla pratica del no restraint in un terzo tempo. Si tratta di servizi che hanno messo in atto strategie attive per il superamento del restraint negli ultimi anni. In alcuni casi l'adozione del no restraint ha coinciso con l'apertura di un nuovo servizio (Merano), o di una nuova struttura (Terni), in altri casi è stato deciso e poi realizzato un processo professionale, ma non solo, che ha portato ad aprire le porte di un servizio chiuso ed a superare l'uso delle contenzioni fisiche (Trento).³¹

Gli SPDC no restraint hanno, dunque, storie diverse. Li accomuna una pratica. Rappresentano essenzialmente un modo di relazione “disarmato e disarmante”.

L'associazione A buon diritto ha nei mesi scorsi presentato i risultati di una sua ricerca sul fenomeno della contenzione meccanica nei servizi psichiatrici italiani : “Contenere la contenzione”³²

I ricercatori, coordinati da Sergio Mauceri, sono partiti dalla ipotesi che fattori disfunzionali di natura strutturale e culturale “rendono gli operatori medici incapaci di gestire l'impiego delle pratiche coercitive di contenzione come se fossero realmente risorse “estreme”, fino ad arrivare ad utilizzarle come strumenti punitivi o di gestione “ordinaria” della rabbia, dell'autolesionismo e dell'aggressività che comunemente si associano alle patologie psichiatriche”.

Mauceri e coll. hanno brillantemente passato in rassegna tutta la documentazione scientifica disponibile che evidenzia la dimensione del danno che può venire alle persone contenute. Hanno altresì raccolto testimonianze, di particolare intensità, di persone che hanno subito la contenzione. Hanno esaminato la questione dal punto di vista giuridico. Hanno segnalato “la cortina di silenzio nella società civile” e la scarsità di studi italiani. Persino il dato grezzo circa il numero di contenzioni eseguito in Italia in un anno non è disponibile.

La ricerca individua alcuni fattori strutturali ed organizzativi che favoriscono o giustificano il ricorso alle pratiche di contenzione.

“Il sovraccarico dei reparti psichiatrici e la connessa carenza di personale (medico ed infermieristico), determinata dal blocco del turnover nelle strutture pubbliche, il burnout diffuso nelle professioni medico-infermieristiche (e ancor più in strutture come quelle psichiatriche, che pongono il rischio di deumanizzazione del rapporto con i pazienti), la gestione verticistica dei SPDC, la carenza nella formazione/aggiornamento del personale medico e infermieristico rispetto alla gestione delle emergenze e all'uso delle pratiche di contenzione, l'inadeguatezza dell'ambiente fisico (come ad esempio la totale assenza di spazi aperti in una parte dei SPDC), il sovraccarico di lavoro dei CSM (Centri di Salute Mentale) sono solo alcuni dei fattori che in ipotesi possono esporre i pazienti psichiatrici ai rischi di essere “gestiti” e controllati in modo coercitivo (piuttosto che curati) e rendere il personale medico infermieristico più incline all'uso improprio o poco oculato delle misure di contenzione.”

Tuttavia il dato più rilevante che viene segnalato ci riporta alla questione generale del paradigma.

“A questi elementi si aggiungono indubbiamente elementi di natura ideologico-culturale, che rendono la psichiatria ospedaliera italiana ancora poco sensibile alle acquisizioni scientifiche maturate in ambito internazionale circa i danni di breve e lungo periodo arrecati dalla contenzione ai pazienti e alla qualità

complessiva dei servizi di cura (Bergk et al.2010, Strout 2010, Mohr et l. 2003). Le resistenze ideologico-culturali rischiano anche il mancato trasferimento nei reparti del mainstream delle buone pratiche intraprese da alcuni SPDC, che pure si sono mossi nella direzione di stilare e applicare linee guida per l'uso consapevole della contenzione maggiormente rispettose degli standard europei e soprattutto quelle di tipo relazionale adottate nella minoranza di SPDC no restraint, che rifiuta di ricorrere alle porte chiuse ed alla contenzione meccanica.....

L'impressione che in questo lavoro di studio e ricerca abbiamo recuperato è che restraint e no restraint si collochino in una posizione che Thomas Kuhn (1962/1970 tr. it. 1978) avrebbe definito di incommensurabilità tra paradigmi. Proprio l'incomunicabilità tra i due paradigmi psichiatrici, determinata dal fatto di avvalersi di due visioni alternative, porterebbe i medici che aderiscono ai due modelli di diagnosi e cura – sempre richiamandoci a Kuhn – a vedere due cose differenti anche quando rivolgano lo sguardo verso il medesimo punto.”

No restraint e Restraint appartenendo a due paradigmi incommensurabili generano anche strategie operative del tutto differenti.

Un esempio, che ci riporta alla questione della responsabilità e delle linee guida è il seguente. Il paradigma del no restraint propone linee guida per non praticare la contenzione meccanica, il restraint propone linee guida per praticare la contenzione meccanica.

Se la linea guida no restraint darà indicazioni all'operatore “di corridoio” sui modi dialoganti per gestire il flusso che attraversa la porta d'ingresso, aperta.

La linea guida restraint darà indicazioni sulle modalità della presenza dell'operatore nella stanza dove la persona è contenuta.

In occasione del terremoto che, nel 2016, ha avuto come epicentro Amatrice, abbiamo appreso che alcuni edifici pubblici, sottoposti di recente ad interventi edilizi, sono crollati perchè le opere erano state di miglioramento e non di adeguamento.

Tale esempio mi pare del tutto calzante a quanto hanno fatto, troppo spesso, i sistemi di qualità aziendali. Abbellimenti di facciata ma non cambiamenti strutturali.

Come sappiamo quasi tutta la psichiatria condanna gli episodi estremi che purtroppo hanno portato alla morte persone sottoposte a contenzione. Molte psichiatriche auspicano che le contenzioni non ci siano quasi più, ma non del tutto perchè il caso impossibile può sempre manifestarsi.

Tutto ciò si connota come Restraint a bassa intensità.

Alcuni suoi esponenti arrivano ad esprimere ammirazione verso i gruppi di operatori che praticano il no restraint. Definendoli eroici, li pongono in una condizione particolare, non riproducibile nei normali gruppi di lavoro degli SPDC.

Questo è stato in questi anni il miglioramento della qualità applicato al restraint, limitarlo al caso estremo, come extrema ratio, oppure limitarlo introducendo linee guida applicative ed obblighi di documentazione. Miglioramento del restraint e niente di più.

Passare dal restraint al non restraint comporta, invece, un salto, un cambio di paradigma, tale da mettere al riparo le persone da future onde sismiche restrittive delle loro libertà..

Dunque noi dobbiamo occuparci non di migliorare, ma di adeguare gli SPDC al no restraint, per l'oggi ma anche per il domani, quando onde restraint potranno sempre manifestarsi.

E' noto, infatti, che la faglia della violenza è sempre attiva nella terra delle istituzioni e nel sottosuolo sociale.

Come ci dice la ricerca di “A buon diritto” lo sguardo di chi fa ricerca e di chi esercita una professione non è neutro.

Ben venga dunque un gruppo di lavoro che approfondisca i nessi che esistono tra pratica dei diritti e qualità dei servizi.

Bologna 18 maggio 2017

testo non sottoposto a revisione

- 1 Conolly J *The treatment of the Insane without mechanical restraints* London Smith Elder & Co, 1856 trad. it *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi* Torino Einaudi 1977, introduzione di Agostino Pirella pp. 7-37
- 2 Foucault M *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* Paris Plon 1961 trad. it. *Storia della follia nell'età classica* Milano Rizzoli BUR 1963 pag. 526
- 3 Fioritti A *Tra Pinel e Giorgio III: la storia infinita di libertà e coercizione in psichiatria*. Relazione presentata al convegno La psichiatria e il paziente in cura : competenza, appropriatezza e responsabilità. Profili psichiatrici e giuridici. Mantova 12 dicembre 2015
- 4 Basaglia F *Versouna modificazione della normativ psichiatrica?* In Le Nuove Istituzioni della Psichiatria, dalla 180 alla 833 amministratori ed operatori-sociosanitari a confronto. Amministrazione Provinciale di Mantova 1981 pagg 260-264
- 5 Misiti *Versouna modificazione della normativ psichiatrica?* In Le Nuove Istituzioni della Psichiatria, dalla 180 alla 833 amministratori ed operatori-sociosanitari a confronto. Amministrazione Provinciale di Mantova 1981 pagg 239-243
- 6 Misiti R, Debernardi A, Gerbaldo C, Guarnieri M *La riforma psichiatrica. Prima fase di attuazione* Quaderno di documentazione Prevenzione Malattie Mentali PMM n.2 il Pensiero Scientifico Editore 1981
- 7 Grassi A, Tartari F, Roella R (a cura di) *Ricerca finalizzata nei servizi psichiatrici* Quaderno di documentazione Prevenzione Malattie Mentali PMM n.21 il Pensiero Scientifico Editore 1987
- 8 De Salvia, D. (1992). I servizi postmanicomiali nella psichiatria sociale italiana. Il circolo pratica/ricerca. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 1(1), 19-23..
- 9 Tansella, M., & De Salvia, D. (1992). Metodi e definizioni per uno studio epidemiologico comparativo tra registri *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 1(1), 25-28.
- 10 De Girolamo G, Mors O, Rossi G, Grandi L, Ardigò W, Munk-Jorgensen P *Admission to general hospital psychiatric wards in Italy A comparison between two catchment areas with differing provision of outpatient care*, The International Journal of Social Psychiatry, 1988 vol.34, n.4
- 11 Appello per la salute mentale www.siep.it
- 12 Desmarteu R *Pensare e modellare la strategia radicale di una organizzazione nell'era postmoderna secondo l'ispirazione di Nicolò Macchiavelli* I Quaderni di Logos n 1 Bologna 1997
- 13 *Mental health and Human Rights : report of the United Nations High Commissioner* 31/01/2017 A/HRC/34/32
- 14 *WHO QualityRights guidance and training tools*
http://who.int/mental_health/policy/quality_rights/guidance_training_tools/en/
- 15 *Creating mental health related services free from coercion violence abuse* (WHO/MSD/MHP/17.6)
http://who.int/mental_health/policy/quality_rights/guidance_training_tools/en/
- 16 Commissione di Inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale Senato della Repubblica, XVI legislatura. *Doc XXII-bis n.10* pag 20
- 17 Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome *Contenzione fisica in psichiatria : una strategia possibile di prevenzione* Documento del 29 luglio 2010
- 18 Documento elaborato dal Gruppo di Approfondimento Tecnico sul ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, del trattamento dell'acuzie e dell'emergenza urgenza psichiatrica Emesso il 9/9/2011
- 19 Regione Emilia Romagna, Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri circolare 16 del 2009
- 20 Regione Emilia Romagna Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali circolare 1 del 2015
- 21 Saponaro A
- 22 Comitato Nazionale di Bioetica (Presidente Giovanni Berlinguer) *Psichiatria e salute mentale. Orientamenti Bioetici*. 24 novembre 2000
- 23 Comitato Nazionale di Bioetica (estensori Canestrari S, Zuffa G) *La contenzione : problemi bioetici* 23 aprile 2015
- 24 Dell'Acqua G e al. *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti : i risultati della indagine nazionale Progres-Acuti*, Giornale Italiano di Psicopatologia, 13, 2007, pp.26-39
- 25 Il CNB cita come fonte Psychiatric News, October 6, 2000
- 26 Rossi G, Toresini L *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona* in "Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona" a cura di S. Rossi Edizioni AlphaBeta Verlag 2015
- 27 Attenasio L, Gabriele G *Il valore etico del cambiamento e l'abolizione della contenzione* in *Spdc aperti e senza contenzioni* Fogli di Informazione 2004, n 203 pp. 5-20;
- 28 Benevelli L *L'Spdc di Mantova. Qualità ed accreditamento* in *Spdc aperti e senza contenzioni* in Fogli di Informazione 2004, n 203 pp 35-38;
- 29 Baraldi E, Romitti A *Lega-menti il nodo di Mantova* in Living UTET Periodici 2001 pp. 7-8;
- 30 Rossi G. *Perchè diminuisce il rischio di ricovero psichiatrico* in Rivista Sperimentale di Freniatria CXVI 1992 n.6 pp.1028-1045
- 31 M. Davì *Valutazione dell'impatto del modello "porte aperte" nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura* in Fogli di informazione, 2013 n 224/225 (27/28 terza serie) pp 1-58
- 32 Mauceri S (a cura di) *"Contenere" la contenzione meccanica in Italia Primo rapporto sui diritti negati dalla*

